

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1917-1918. — N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
PLAIES DE L'ABDOMEN
DANS LES
POSTES DE SECOURS DE BATAILLON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Juillet 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René ROBERT

Né le 10 avril 1887, à Montécheroux (Doubs),

Médecin aide-major de 2^e classe aux armées,

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1918

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PLAIES DE L'ABDOMEN

DANS LES

POSTES DE SECOURS DE BATAILLON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	{	LÉPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie	{	MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	{	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		X...
Anatomie pathologique	{	MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{	X...
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène	{	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie	{	ETIENNE MARTIN
		LESIEUR
	{	PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	IANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
			des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président; M. ROCHET, Assesseur;
MM. VILLARD, et COMMANDEUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1917-1918. — N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
PLAIES DE L'ABDOMEN
DANS LES
POSTES DE SECOURS DE BATAILLON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René ROBERT

Né le 10 avril 1887, à Montécheroux (Doubs),
Médecin aide-major de 2^e classe aux armées,
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1918



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A TOUS MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Chevalier de la Légion d'honneur,
Professeur de Clinique chirurgicale.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Première année

MM. TIXIER, LYONNET

Deuxième année

MM. ROCHET, NICOLAS

EXTERNAT

MM. VALLAS, BONNET, VILLARD,
COMMANDEUR

SUPPLÉANCE D'INTERNAT

M. THEVENET

A MON AMI LE DOCTEUR GAULIER

Qui m'a inspiré ce travail et m'a
beaucoup aidé au cours de sa der-
nière permission malgré ses nouvel-
les et douces occupations.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
PLAIES DE L'ABDOMEN
DANS LES
POSTES DE SECOURS DE BATAILLON

AVANT-PROPOS

Bien des publications ont été faites concernant les plaies de l'abdomen. Quelques-unes viennent manifestement de l'arrière et sont le résultat de tournées d'inspections dans quelques Ho. E. ou formations sanitaires analogues; d'autres, au contraire, plus nombreuses, ont vu le jour dans la zone de l'avant ou, du moins, portent cette étiquette; elles comprennent toutes les publications sorties des ambulances divisionnaires, des ambulances chirurgicales et de quelques Ho. E. stationnés dans la zone privilégiée où chaque semestre donne droit à une nouvelle brisque, bien qu'à 25 kilomètres du front et même davantage.

Au cours de ce travail, nous nous rapprocherons sensiblement de l'ennemi ; nous dépasserons les ambulances divisionnaires (10 kilomètres du front environ), les postes de secours régimentaires (2 à 3 kilomètres), pour ne nous arrêter que dans la zone des postes de secours de bataillon, c'est-à-dire, la plupart du temps à 1 kilomètre au plus des lignes et souvent même plus près encore.

Mais immédiatement une question se pose : Que peut-on faire d'utile au point de vue scientifique dans un poste de secours ? L'esprit est-il suffisamment dispos pour s'adonner à des travaux intellectuels ? Est-ce que par hasard le médecin de bataillon serait plus qu'un infirmier donnant quelques drogues usuelles aux malades et empaquetant le plus consciemment possible les blessés ? Est-ce que, une fois sa tâche terminée, il pourrait faire autre chose que boire, manger, fumer, dormir, jouer aux cartes ou lire des romans ?

Certes, au début de la campagne et même pendant toute l'année 1915, le manque d'organisation, le désordre qui sévissait dans le Service de Santé, comme d'ailleurs dans tous les autres services, n'étaient pas faits pour contribuer à relever le courage du médecin de bataillon et l'inciter à travailler. On restait longtemps en ligne sans repos, les abris étaient précaires, mal construits, laissant passer l'eau, le froid ; les blessés étaient souvent nombreux et les moyens de transport à l'arrière manquant ou étant mal employés, l'encombrement était inévitable.

Aucun cours n'existait encore ; il y avait bien quelques réunions médicales d'armée, mais il était souvent

peu commode d'y assister; il y avait bien aussi quelques circulaires médico-chirurgicales, mais rédigées trop vite, sans tenir compte des premiers renseignements de cette guerre; encore toutes remplies des conceptions erronées de jadis, elles étaient quelquefois si fausses et si dangereuses qu'en transmettant l'une d'elles, venue du Ministère et approuvée par l'Académie de Médecine, M. le Médecin inspecteur général X..., de la N^e Armée, avait pris soin d'y adjoindre une note commençant par ces termes : « Dans l'esprit du Ministre, les conceptions de M. X... n'ont pas force de loi. »

Puis, peu à peu, les services s'améliorèrent, mais la relève des médecins vint, et tout, de nouveau, retomba dans le chaos.

Ce fut le temps où, en moins de deux mois, un bataillon changeait trois fois de médecin, où des vieillards venaient remplacer des jeunes gens biens portants, où beaucoup trop de médecins, hélas ! n'avaient, en occupant un poste d'infanterie, qu'un seul désir vers lequel tendaient tous leurs efforts, être versés dans une ambulance ou mieux, renvoyés à l'intérieur.

C'est, pour la médecine, la période sombre de la guerre; heureusement qu'il n'en est pas de même actuellement.

A mesure que les hostilités continuent, le rôle du médecin aide-major se précise; devient plus considérable, plus important, plus noble, plus glorieux. Bras droit du commandant avec lequel il vit, connaissant mieux que quiconque les hommes de toutes les compagnies, le médecin peut donner quelquefois des rensei-

gnements utiles, et même si l'amitié qui le lie à son chef est assez grande, donner des conseils toujours hautement appréciés.

Habitué par sa profession à consoler et à soulager ceux qui souffrent, il a sous ce rapport une large tâche à accomplir. Loin de rester enfermé dans la profondeur de son abri, il doit aller le plus souvent possible visiter ceux qui ont la garde des postes les plus avancés, et qui, ne voyant jamais personne, sont heureux, très heureux même de la visite amicale de leur major. Il doit leur parler, les réconforter, leur faire espérer un repos prochain, s'inquiéter de leur santé et contribuer à l'amélioration de leur bien-être. S'il le faut, dans les moments douloureux où la fortune ne semble pas sourire à nos armées, c'est lui encore qui, comme devant le lit d'un malade gravement atteint et à qui on promet la guérison prochaine, doit rester calme et serein et faire partager tout son optimisme, même factice, à ceux qui doutent et qui désespèrent.

Et puis, quand c'est la période des combats, quand les blessés arrivent au poste de secours, en même temps qu'il les examine, il doit leur adresser toujours, aux blessés graves surtout, des paroles de réconfort et même, au besoin, leur tendre amicalement la main. A ces braves, habitués à la vie dure, ne connaissant plus depuis longtemps les chaudes affections familiales, la moindre amabilité leur procure la plus grande joie et leur va droit au cœur.

Mais, à côté des blessés, il y a les camarades morts à l'ennemi et qui restent sur le champ de bataille. Dans les secteurs calmes, leur relève est facile et se

fait sans encombre. Il n'en est pas de même au combat, où les tués sont nombreux et où le danger de les relever est plus grand. Hélas, malgré la meilleure volonté et le plus grand dévouement, on ne peut pas toujours donner à tous une sépulture ; mais, pour les blessés, il faut faire ici encore tout ce qu'il est possible pour emmener tous les corps à l'arrière. D'abord c'est une sensation très pénible pour les hommes qui quittent un secteur de savoir que quelques-uns de leurs camarades gisent encore sur le terrain, et puis il y a une question morale de la plus haute importance : *il faut qu'un peuple garde le respect des morts*. Certes, les brancardiers qui sont toujours extrêmement dévoués dans la relève des blessés et dont la conduite est toujours au-dessus de tout éloge, peuvent quelquefois montrer moins d'empressement à relever les morts. Le médecin doit aller leur montrer l'exemple et payer de sa personne. Dans la Somme, devant Belloy, un médecin divisionnaire allait le soir avec les brancardiers relever les morts de la journée : bien qu'exposant son monde, puisqu'il était aussi en danger, il était adoré de tout son personnel.

Tel est le rôle moral du médecin. Que peut-il faire au point de vue scientifique ? De son antre peut-il sortir quelques documents, quelques renseignements utiles ? Nous le croyons et c'est pourquoi nous avons entrepris ce travail. Certes, il ne s'agit pas ici de choses sensationnelles, de découvertes qui vont révolutionner la science. Non... ; ce que contiennent les lignes qui vont suivre, ce sont les observations modestes qui ont pu être faites pendant les périodes assez calmes, au

moment des pansements des blessés, ou bien qui ont été glanées sur le champ de bataille. Dans le tronc de la science nous n'avons pas la prétention de mettre de riches offrandes..., mais comme la veuve indigente de l'Evangile, seulement quelques oboles.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est exceptionnel que les blessés de l'abdomen avec lésions intestinales viennent à pied au poste de secours dans les périodes calmes où leur relève est facile et rapide. Tous, à part de très rares exceptions, attendent le secours des brancardiers et se font transporter en brancard.

Au contraire, dans les périodes agitées, où le personnel médical est quelquefois débordé, il n'est pas rare de voir ces blessés, surmontant leur douleur, rassemblant toute leur énergie, venir seuls ou soutenus par un camarade, demander les premiers soins au médecin du bataillon.

Mais l'effort surhumain qu'ils fournissent se manifeste de toutes parts : leur facies est pâle, livide, crispé, de grosses gouttes de sueur perlent sur leur front. Inclinés en avant, ils avancent à petits pas et soutiennent de leurs mains leur ventre blessé ; puis, si annoncés par les nausées, les vomissements surviennent, ils s'arrêtent, s'inclinent davantage et compriment plus fortement leur abdomen pour l'immobiliser. Quand on a vu une seule fois un tel tableau on ne l'oublie plus jamais.

Ceci posé, passons maintenant à l'analyse détaillée des symptômes observés dans les plaies perforantes de l'abdomen.

1^o Contracture de l'abdomen. — La contracture de l'abdomen est un symptôme qui ne fait jamais défaut. Elle est extrêmement précoce; elle existe sans doute d'emblée et paraît avoir une cause réflexe plutôt que péritonéale; en tout cas, un quart d'heure au plus tard après la blessure, elle se manifeste d'une façon évidente.

Pour la rechercher, il faut rassurer le malade et le prévenir qu'on ne lui fera pas de mal. Puis, après avoir eu soin de se réchauffer les mains si elles sont froides, on palpe avec douceur le ventre. Souvent, rien qu'à l'approche de la main on voit déjà les muscles se contracter; mais la plupart du temps, c'est la palpation légère, superficielle, qui révèle la contracture musculaire. Celle-ci, au début, est localisée au pourtour de la blessure ou au côté blessé de l'abdomen; mais, rapidement, surtout en cas de plaies multiples de l'intestin grêle, elle se généralise très vite à toute la paroi abdominale.

D'après de nombreuses observations, il nous a semblé que la contracture de l'abdomen était un signe pathognomonique de la perforation intestinale et qu'en son absence on pouvait nier cette perforation.

2^o Vomissements et nausées. — Les vomissements et les nausées sont également des signes de grande valeur et qui surviennent très rapidement. Il

ne s'agit pas ici, bien entendu, de vomissements verdâtres, bilieux de péritonite, mais de vomissements de substances alimentaires ou simplement de liquide clair, transparent et légèrement filant.

Il est très rare qu'on ne les observe pas au poste de secours. Ils nous ont paru d'autant plus précoces que les lésions intestinales étaient plus graves ou que l'évacuation des blessés avait été plus difficile. Les blessés, qui viennent à pied, ont des vomissements plus fréquents que les blessés transportés en brancard.

3° **Pouls.** — Contrairement à l'opinion classique l'accélération du pouls semble n'avoir qu'une valeur diagnostique assez restreinte. En effet, il n'est pas rare de voir chez des blessés graves un pouls absolument normal et même un pouls plutôt ralenti alors que le blessé léger sans perforation intestinale, qui a couru et qui est encore émotionné par le combat ou le bombardement, peut présenter un pouls très accéléré. Mais, si la valeur diagnostique de l'accélération du pouls est moindre que celle de la contracture musculaire ou des vomissements, par contre sa valeur pronostique semble très importante : elle décele presque toujours des blessures très graves ou des plaies vasculaires importantes.

En principe, on peut dire qu'un blessé, qui, au poste de secours a un pouls normal ou ne dépassant pas 80, guérit presque sûrement s'il peut être opéré rapidement par un chirurgien expert. Au contraire, le blessé, qui a déjà au poste de secours un pouls atteignant 90 à 100 pulsations, est presque infaillible-

ment perdu. Il est vrai qu'il peut s'agir simplement de shock traumatique, mais ce dernier ne se montre guère que quand les lésions intestinales sont considérables ou quand l'évacuation du blessé a été très difficile, très tardive, et pendant les périodes pluvieuses ou froides.

1° Douleur. — La douleur fait rarement défaut. Elle est rapidement généralisée à tout l'abdomen. Elle semble moindre dans les plaies très latérales intéressant surtout le gros intestin. Elle est augmentée par la palpation, les mouvements, les vomissements. Dans certains cas, elle est extrêmement vive, nécessitant, pour être supportable, plusieurs piqûres de morphine. La plupart du temps, le malade la supporte assez facilement. Une douleur très vive indique presque toujours une blessure très grave.

5° Eviscérations. — A moins de grands délabrements, la plupart du temps incompatibles avec la vie et où presque toute la masse intestinale peut être herniée, on ne voit guère que des éventrations avec hernie d'une anse grêle ou de l'épiploon. C'est surtout dans les plaies latérales et dans l'étage inférieur de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, qu'on rencontre les hernies de l'intestin. Au contraire, au niveau de la ligne médiane et dans l'étage supérieur de l'abdomen, on trouve plutôt des hernies épiploïques. Dans les plaies par éclats d'obus, les éventrations ne sont pas rares mais presque toujours le blessé est mort ou moribond en arrivant au poste de secours. Au con-

traire, dans les plaies par balles ou par shrapnells, les éviscérations sont loin d'être fréquentes : on en observe au maximum 5 cas pour 100.

Dans les trois cas de hernies intestinales que nous connaissons, il s'est agi chaque fois de blessures produites d'arrière en avant où l'orifice d'entrée se trouvait au niveau des lombes et l'orifice de sortie au niveau des fosses iliaques. Dans les deux premiers cas, c'étaient deux soldats qui, au cours d'une attaque repoussée par l'ennemi, avaient été blessés en regagnant nos lignes. Dans le troisième cas, c'était un lieutenant d'artillerie qui, dans les derniers combats (juin 1918), était passé, sans y prendre garde, entre deux de nos petits postes et se trouvait dans les lignes ennemies; surpris par une patrouille allemande, il chercha à se sauver, mais fut blessé par une balle : l'orifice d'entrée se trouvait à cinq travers de doigt à droite de la colonne vertébrale et un peu au-dessus de la crête iliaque; l'orifice de sortie, par où s'échappait une anse grêle perforée et un peu d'épiploon, se trouvait au niveau du point de Mac Burney. Ce blessé, vu assez tardivement et que la patrouille allemande avait fouillé mais n'avait pas jugé bon d'emporter à cause de la gravité de sa blessure, avait un état général assez satisfaisant, un pouls presque normal (78) et répondait parfaitement et sans peine à toutes les questions qu'on lui posait. L'éventration, en effet, à moins qu'elle ne soit volumineuse, ne nous a pas paru augmenter la gravité des symptômes.

6° **Facies et état général.** — La pâleur du

visage, la crispation des traits, l'anxiété, une agitation plus ou moins marquée, l'impossibilité de rester couché dans la même position ne manquent pour ainsi dire jamais. Le hoquet, les vomissements porracés, le ballonnement du ventre, sont des signes de péritonite et ne se manifestent guère qu'au bout de quatre à cinq heures, c'est-à-dire quand le blessé, la plupart du temps, a déjà quitté le poste de secours. Quant aux troubles de la miction et de la défécation, on n'a pas souvent l'occasion de les observer. Pourtant, nous avons pu constater plusieurs fois que les blessés de l'abdomen qui saignent, de même que les grands blessés des membres qui ont perdu beaucoup de sang, ont des épreintes rectales avec évacuation de quelques matières fécales. Ce symptôme a une valeur pronostique extrêmement sombre; il indique presque infailliblement chez tous les blessés des membres, abdomen, poitrine, etc., une issue fatale à brève échéance.

7° Fistules stercorales. — Il est assez rare d'observer, pendant les premières heures, des fistules stercorales; pourtant, la plaie peut être très rapidement souillée par un liquide verdâtre, d'odeur fécaloïde, venant du grêle. Le plus souvent, ce n'est qu'après vingt-quatre heures que les matières fécales commencent à sortir. Le siège de la fistule est très variable; elle ne siège pas forcément au niveau de l'orifice le plus déclive, bien que ce soit la règle. Nous rapportons à ce sujet l'observation suivante de l'ambulance 1/7.

Blessé des combats de Champagne en mars 1915.

OBSERVATION.

Blessure par balle... un orifice à quelques centimètres au-dessus de la crête iliaque gauche, un autre en dehors du sein gauche; c'est par cet orifice, situé dans le V^e espace intercostal que se fit, le septième jour, un véritable anus contre-nature.

Loin d'assombrir le pronostic, la fistule stercorale constitue, au contraire, un symptôme particulièrement heureux. Elle diminue toujours l'intensité de la péritonite, qui prend l'allure d'une péritonite chronique et peut, dans certains cas, assurer la guérison. Les blessés de l'abdomen, observés à l'ambulance 1/7 au cours des combats de Champagne (printemps 1915) et qui ont guéri de leur blessure, avaient tous sans exception des fistules stercorales, les unes s'étant formées dès les premiers jours, les autres étant apparues plus tardivement à la suite de phlegmons pyostercoraux incisés.

8° **Etat moral.** — Alors que les blessés légers ont hâte de quitter immédiatement le champ de bataille, il est rare que les blessés de l'abdomen insistent beaucoup pour être évacués rapidement. Est-ce la douleur accrue par le moindre mouvement? Est-ce la conscience de la gravité de leur état et la croyance que leur cas est désespéré et qu'on ne peut rien faire pour eux? — Toujours est-il qu'une fois alités, à l'abri des obus, ils ne demandent guère que

deux choses : qu'on étanche leur soif et qu'on calme leur douleur. Certains même, des braves ceux-là, ont fait preuve de sentiments les plus stoïques.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici de médecine, la gratitude que nous devons avoir pour nos braves soldats et le souci constant qui doit rester au fond de nos cœurs d'honorer leur mémoire et de vanter leurs exploits, nous autorisent à relater le cas suivant :

A Bregy, en septembre 1914, après la bataille de l'Oureq, l'ambulance 1/7, obligée de suivre les troupes qui avancent dans la direction de Villers-Cotterets, laisse ses grands blessés dans une ferme sous la surveillance d'un médecin. Il y a surtout des fractures de la colonne et des blessures de l'abdomen. Parmi ceux-ci se trouve un réserviste d'une trentaine d'années, père de deux enfants. Il est blessé au ventre depuis trente-six heures; un anus contre-nature s'est formé dans la fosse iliaque droite. Très fortement agité, il se traîne partout dans la salle des blessés en y répandant de tous côtés ses matières fécales. Ne pouvant mieux faire, on l'enferme dans un cabanon sous un escalier. Le soir du deuxième jour, le Dr C..., de Besançon, va le voir : la péritonite a fait des progrès; la douleur, comme il arrive toujours, s'est atténuée; le malade a atteint ce qu'il convient d'appeler l'état euphorique. Une fois son examen terminé, comme il n'entend plus le canon depuis le matin, il demande ce qui se passe. « Mais tu ne sais donc pas que les Allemands battent en retraite et qu'ils sont déjà repoussés à 30 kilomètres d'ici », lui répond le



DIAGNOSTIC

Le diagnostic se basera sur la contracture de l'abdomen, les vomissements, la douleur, la pâleur et l'anxiété du facies, l'accélération du pouls. Nous l'envisagerons sous les trois aspects cliniques où il se pose dans presque tous les cas :

1° *La plaie est-elle perforante?*

2° *Quel est l'organe lésé?*

3° *Une plaie de poitrine; une fracture de la colonne; une plaie des fesses s'accompagne-t-elle ou non de perforation intestinale?*

1° **La plaie est-elle perforante?** — Souvent le diagnostic est très facile; les plaies superficielles de l'abdomen font partie des plaies légères, les blessés viennent seuls au poste de secours, ne souffrent pas, ne vomissent pas, ont un bon facies, souvent même vultueux lorsqu'ils ont couru depuis les premières lignes. Le problème peut être beaucoup plus troublant, surtout dans les deux cas suivants :

a) En plus de la plaie abdominale, il existe d'au-

tres blessures plus ou moins graves, et l'on se demande à quoi est due la gravité de l'état général.

b) Il y a deux orifices (plaie par balle), la ligne droite qui réunit les deux orifices est en pleine cavité abdominale, et pourtant l'état général est bon et il n'y a pas de signe de perforation intestinale. Que faire? Eh bien! c'est précisément dans ces cas particuliers que le signe de la *contracture de l'abdomen* acquiert sa plus grande valeur diagnostique.

Si elle existe, il faut admettre la perforation.

Si elle n'existe pas, il faut la nier et attendre.

L'observation suivante est absolument probante :

E... Jules, soldat de 2^e classe, 292^e d'infanterie, 18^e compagnie, blessé le 31 octobre 1914 au matin, est amené au brancard le soir vers 6 heures, présente deux plaies : une au niveau de la fesse droite, à un travers de doigt de la partie supérieure du sillon interfessier, l'autre au niveau du point de Mac Burney. Le blessé n'a pu marcher parce qu'il souffrait dans la fesse; il fume la cigarette sur son brancard. Son état général est bon : pouls à 100, pas de vomissements, bon facies, la palpation, même assez profonde, montre un ventre absolument souple. Malgré le trajet de la balle, on nie la perforation intestinale. Le blessé, gardé à l'ambulance 1/7, qui fonctionne comme poste de secours et est installée à moins de 1 kilomètre des lignes, ne présente, les jours suivants, aucun signe de péritonite bien qu'il soit mis au régime ordinaire; il est évacué le quatrième jour dans un état absolument satisfaisant.

Comment expliquer de pareils cas?

Dans les rares observations que nous avons pu recueillir à ce sujet, la balle, dans son trajet, avait toujours rencontré un os, et principalement l'os coxal, et alors nous demandons si le projectile a eu un trajet rectiligne ou bien s'il a été dévié par l'os. Nous ferons remarquer à ce propos, qu'au niveau du cuir chevelu, qu'au niveau des côtes, il existe des cas absolument certains où les projectiles ont glissé sur l'os.

2^o **Quel est l'organe lésé?** — Lorsqu'il existe deux orifices, il est ordinairement facile de faire un diagnostic. La difficulté est plus grande lorsqu'il y a un seul orifice. On se basera alors sur les signes suivants :

a) *Les plaies de l'intestin grêle* présentent le tableau classique des plaies perforantes de l'abdomen; c'est là que l'on rencontre le plus précocement et au grand complet tout le cortège des importants symptômes que nous avons analysés tout à l'heure.

b) *Les plaies du gros intestin*, surtout si la blessure est très latérale et intéresse seulement la face latérale droite du côlon ascendant ou la face latérale gauche du côlon descendant, présentent des symptômes atténués. La contracture existe, mais ne s'étend pas à tout l'abdomen; la douleur est souvent peu marquée; le pouls est normal et peu accéléré. Il existe souvent des fistules stercorales.

c) *Les plaies de l'estomac* présentent ordinairement des symptômes plus tardifs que celles de l'intestin grêle. Les vomissements sont moins fréquents et peu-

vent faire complètement défaut. Quand ils existent, on retrouve dans les matières vomies ou du sang rouge, ou du sang noirâtre d'hématémèse. Plus tard, si le malade est immobilisé et soumis à une diète sévère, les signes de péritonite se manifestent moins rapidement. La terminaison, toujours fatale sans intervention, n'a lieu qu'entre le cinquième et le huitième jour, ou même plus tard.

d) *Les plaies du foie*, à moins qu'il y ait éclatement important de cet organe, se manifestent par peu de signes. La contracture existe, mais ordinairement très localisée; le facies est peu changé, le pouls est entre 80 et 90, les vomissements sont rares et même font complètement défaut, la douleur est peu marquée. L'allure générale du blessé ne fait pas penser à une blessure très grave. En cas d'éclatement du foie, on a des signes d'hémorragie interne grave avec matité, surtout dans la fosse iliaque droite.

e) *Les plaies de la vessie* s'accompagnent rapidement de suintement d'urine. Pourtant, lorsque les orifices d'entrée et de sortie du projectile sont éloignés de cet organe, le suintement d'urine peut être absent. Le diagnostic est alors méconnu (voir observation I), à moins que devant le besoin pressant d'uriner du blessé on vienne à le sonder : l'absence d'urine ou une urine teintée de sang, permettront de diagnostiquer une plaie vésicale.

3° Plaie de l'abdomen compliquant une plaie de poitrine, une fracture de la colonne, une plaie des fesses.

et. Mais évidemment compliquent une pose de
poésie — la description belle, simple, à la fois
solennelle, et qui s'adapte au même caractère, se re-
trouve sur les pages suivantes : « et, pour ne plus
dire que cela, je ne devrais m'arrêter dans les
plans de poésie, simple, majestueuse, sublime
admirable, mais le meilleur après un autre le
conscience. Toutefois, il faut avouer qu'il arrive
souvent l'absence de la conscience des choses
admirables dans les plans de poésie, mais cette
absence a été par là même le plus souvent. « et
à part cet état d'absence dans une certaine mesure
l'empêcherait d'arriver à la pose théologique. Une
certaine part de la poésie, si on a été le possesseur
d'une conscience pour le redoubler.

et. Mais évidemment compliquent une pose
de la conscience — l'absence, en principe, d'une pose
poétique et d'une autre le caractère de la conscience
solennelle, se voit également la conscience théologique
et la conscience, et d'ailleurs, les plans théologiques.
Cela se complique l'absence pour que les compléments de
poésie soient et soient souvent, et se trouvent
les autres l'absence pour être un peu simple de
l'absence : la conscience est simple, la conscience
simple majestueuse, souvent et sont les connaissances
nouvelles qui font les premiers degrés de la poésie
de l'absence.

et. Mais évidemment compliquent une pose de
poésie — il faut avouer que les plans de poésie pro-
posent et compliquent le plan théologique pour ne pas
être plus ou moins. Toutefois les plans poé-

sence d'une plaie de la région fessière on aura des signes anormaux, difficilement explicables par la blessure qui se trouve à ce niveau (pâleur, anxiété, mauvais état général, vomissements, etc.), il faudra palper l'abdomen et on retrouvera la *contracture musculaire*.

PRONOSTIC

Au cours de notre description symptomatologique, nous avons insisté sur l'extrême gravité que comportent les signes suivants :

Douleur très vive nécessitant plusieurs piqûres de morphine pour être soulagée.

Pouls rapide, 90 à 100 pulsations ou même davantage dans les premiers moments de la blessure.

Ténésme rectal, avec évacuation de quelques matières fécales.

Nous avons montré de même l'influence heureuse que peuvent avoir sur l'évolution de la péritonite les fistules stercorales.

Nous n'y reviendrons pas.

Nous envisagerons seulement une question que jusqu'ici nous avons laissée dans l'ombre : *les tués par plaie abdominale sont-ils nombreux ?* A ce propos, nous tenons à protester énergiquement contre toutes les statistiques qui donnent à une unité près le pourcentage des décès. Il faut n'avoir jamais été sur le front pour faire de pareilles publications. En temps de paix, c'est déjà très difficile de faire des statistiques ; en temps de guerre, la difficulté est encore plus grande.

Elle nous a paru si considérable que nous n'osons même pas donner un pourcentage approximatif. Suivant notre impression et celle de quelques médecins de bataillon consultés à ce sujet, il nous a paru que les tués par plaies abdominales étaient rares.

Mon ami, le D^r Gaulier, qui, en novembre 1917 a fait enterrer, après la retraite allemande, de nombreux tués restés sur le terrain au Chemin des Dames, m'a rapporté qu'autant que le permettait l'examen des morts en état de décomposition avancée, les blessures mortelles de beaucoup les plus fréquentes étaient celles du crâne, puis immédiatement après les arrachements des membres et les blessures multiples. Au contraire, les plaies abdominales sans plaies concomitantes paraissaient constituer une exception. Sur vingt et un morts observés récemment par lui en Belgique et, au plus tard quarante-huit heures après la mort, c'est-à-dire dans de bonnes conditions, il n'y avait qu'une seule blessure de l'abdomen, d'ailleurs concomitante avec une fracture de la cuisse droite et d'autres blessures moins importantes.

TRAITEMENT

Au poste de secours, le traitement des plaies de l'abdomen est simple : on panse les blessés, on évite de leur donner à boire, on soulage leur douleur par une ou deux piqûres de morphine, on remonte leur état général et on les évacue le plus rapidement possible. Des publications nombreuses affirment qu'un grand nombre guérissent soit par le simple traitement médical, soit à la suite d'interventions. Nous restons très sceptiques sur les brillants succès des abstentionnistes et nous nous bornons simplement à constater que leur vogue diminue à mesure que la guerre dure.

Quant aux résultats opératoires, s'ils s'améliorent de jour en jour, ils sont encore loin d'être absolument satisfaisants. Peut-être, dans certains secteurs calmes, où la constitution du terrain permet aux automobiles d'arriver très près des lignes, jusqu'au poste de secours de bataillon, obtient-on le maximum de succès qu'on puisse espérer pour des plaies aussi graves que celles de l'abdomen, mais c'est l'exception. Beaucoup trop d'abdomens meurent encore dans des cas où cependant l'atténuation des symptômes pouvait donner quelque espérance de guérison.

A la suite des combats, au bout de quatre ou cinq jours, les lettres des blessés commencent à arriver aux camarades restés au bataillon. Ecrites rapidement, au crayon, d'une main mal habile, ou au contraire très soignées sous tous les rapports, elles disent, l'une : la joie d'un blessé léger de se trouver à l'intérieur ; l'autre, les souffrances d'une fracture de cuisse ; l'autre encore les difficultés de respirer d'un blessé de poitrine, etc. ; mais des lettres de blessés de l'abdomen racontant le succès de leur intervention, on n'en reçoit presque jamais. Il faut l'avouer, dans certains cas la mortalité atteint presque 100 pour 100.

Les premiers postes chirurgicaux sont trop loin. Voilà la vérité, la vérité criante qu'on s'efforce de cacher. Ce n'est pas six heures au plus tard après la blessure qu'il faut opérer, c'est de suite. Ce n'est pas à 10 kilomètres du front que doivent être pratiquées les opérations urgentes, mais tout près des lignes, dans les lignes mêmes.

Il y a, dit-on, deux inconvénients à cela ; le plus grave c'est que la tranquillité morale manque au blessé. Nous affirmons que c'est faux ou du moins très exagéré. Le blessé grave ne demande pas à quitter rapidement le champ de bataille quand il est à l'abri. Tout dans la vie n'a de valeur que par comparaison : une couchette dans un abri est un bon lit pour qui a passé dix jours dans la tranchée. Un poste de secours aménagé est, pour le combattant, un hôpital suffisant.

La deuxième difficulté c'est de trouver un local. Elle peut être très grande dans des secteurs très plats

et marécageux comme en Belgique ; mais la plupart du temps on trouve une cave, une grotte, un abri souterrain. On a parlé de constituer des équipes de génie chargées de la confection, en ligne, de postes de secours ; c'était une excellente idée, mais elle n'a pas dû être exploitée car nous n'avons jamais vu ces équipes.

Même installés précairement, ces postes chirurgicaux avancés peuvent rendre des services considérables, comme on peut s'en rendre compte par l'histoire de l'ambulance 1/7 que nous allons relater :

Au début de la guerre, après la victoire de la Marne, à la suite du redressement des Allemands sur l'Aisne, cette ambulance se trouva installée au nord de la rivière, au château F..., à 1 kilomètre environ des premières lignes. Durant près de trois mois, elle fonctionna comme poste de secours chirurgical avancé. Les brancardiers des compagnies y apportaient directement des blessés sans passer par les postes de bataillon qui se trouvaient à sa hauteur. Toutes les opérations d'urgence y étaient pratiquées et, en particulier, neuf laparotomies dont voici les observations :

OBSERVATIONS

(Nous rapportons ces observations telles qu'elles ont été prises, sans aucune retouche, jugeant qu'elles auront plus de vie à défaut d'une allure absolument classique).

OBSERVATION I

X..., blessé au combat du 20 septembre 1914, à Fonte-

noy, au moment où nos troupes de première ligne commençaient à se replier.

Présente à son entrée une petite plaie du dos, du côté droit et une éventration à peu près au niveau du point de Mac Burney; par cette dernière sort de l'épiploon et une anse intestinale broyée et complètement sectionnée. Etat général assez bon.

Intervention. — Elle fut pratiquée en plein combat et dans les circonstances les plus dramatiques. Pendant que l'on endormait le malade, le souffle d'un obus arracha de ses gonds la porte de la salle d'opération; puis, l'ennemi avançant et arrivant au mur du parc du château (à moins de 100 mètres de la salle d'opération), à cause des balles qui entraient de tous côtés, on dut interrompre l'intervention pendant quinze minutes environ (il ne restait plus qu'à refaire la paroi abdominale). Elle fut reprise dès que l'ennemi vaincu commença à battre en retraite.

Par suite des événements, les détails manquent: on agrandit la plaie antérieure; on fit une suture circulaire de l'intestin; on sutura trois autres plaies punctiformes; on examina tout l'intestin grêle et le côlon ascendant; on ferma en laissant un drain dans la partie inférieure de la plaie. Dès le soir de l'opération, on s'aperçut que le blessé avait une plaie de la vessie méconnue le matin: on mit une sonde à demeure.

Mort au bout de sept jours seulement de péritonite torpide.

OBSERVATION II

X..., blessé pendant la nuit par balle à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Laparotomie (1 heure du matin). — Ventre rempli de liquide sanguinolent. Nombreuses perforations de l'intestin grêle qui présente une large déchirure au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

Suture en deux plans.

Le blessé meurt au milieu de souffrances très vives le lendemain, vers 11 heures du matin.

OBSERVATION III

(Plaie de l'abdomen par baïonnette.)

L..., Lucien, ...^e d'infanterie, 20^e compagnie.

Blessé le 12 octobre 1914, à 11 heures du matin. En rentrant dans une tranchée, ce militaire tombe sur une baïonnette qui pénètre un peu au-dessus de la partie moyenne de la crête iliaque gauche et sort un peu au-dessous du point de Mac Burney. La baïonnette se casse dans le ventre : la partie adhérente au fusil tombe spontanément, l'autre bout est arraché par le blessé.

Intervention (trois heures après l'accident). — Laparotomie sus- et sous-ombilicale. Six perforations de l'intestin grêle, au niveau de la partie moyenne, sur une longueur de 60 centimètres. Une perforation mésentérique. On voit déjà des matières fécales sur l'intestin et l'apparition de fausses membranes de mauvaise nature. Un grand verre de liquide légèrement sanguinolent est enlevé à l'aide de compresses ; on inspecte tout l'intestin grêle, on lave les anses au sérum, on laisse 125 centimètres cubes d'éther et on place un drain à la partie inférieure de la plaie plongeant dans le Douglas.

Soins consécutifs. — Avant d'être complètement réveillé (3 heures et demie de l'après-midi), quelques spasmes de hoquet. L'anesthésieur dit : ... Pouls rapide et faible. — Réveil relativement facile. Le malade reste chaud.

Le soir, pouls à 104. Très peu de hoquet. Pas de vomissements. Pas d'agitation. Malade chaud.

Le lendemain matin (7 heures), l'infirmier de garde n'a rien à signaler au sujet de ce malade. Il a uriné deux fois dans la nuit : la première fois difficilement et peu, la seconde fois facilement. Pas de vomissements ni envie de

Fontenoy. Orifice d'entrée très petit, au niveau de la fesse gauche. Pas d'orifice de sortie. A son entrée à l'ambulance, est examiné par le médecin de garde. Pouls à 70. Pas de contracture (?). Blessé agité.

On pense à une plaie non perforante, mais cependant on ordonne la diète.

Pendant la nuit, un vomissement alimentaire ; une miction.

Le 21, au matin, assez bon facies, mais le malade se plaint de difficultés de respirer et d'arrêts du cœur. Température, 37°7. Pouls, 96. Ni gaz, ni borborygmes. Urine avant d'aller sur la table d'opération. Contracture de l'abdomen légèrement météorisé. Se plaint de douleurs en bas du ventre et du côté droit.

Intervention. — 10 heures du matin (douze heures après la blessure).

Laparatomie sus et sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, liquide rouge noirâtre, un demi-litre environ. Anses grêles déjà dilatées ; quelques-unes sont rougeâtres ; pointillés rouges de péritonite.

Une ecchymose sur le côlon transverse : tache rouge de la grosseur d'une pièce de 50 centimes sans plaie. Mésentère éraflé par places à peu près à 50 centimètres de l'iléon. Déchirure du mésentère large comme une paume de main ; sur les bords de cette plaie, une petite veine qui saigne est liée.

Trois points de suture. Rapprochement des bords mésentériques de la plaie (mésentère gros, très friable).

Perforation intestinale de la face antérieure de l'S iliaque. De cette plaie sort un peu de matière fécale de la grosseur d'un gros pois.

Suture en deux plans.

L'inspection du gros intestin est assez difficile, par suite de la dilatation des anses grêles. L'épiploon adhère à gauche, mais il s'agit sans doutes d'adhérences anciennes.

Après lavage préalable au sérum artificiel, et après avoir

laissé dans le ventre 125 centimètres cubes d'éther, fermeture totale.

Anesthésie difficile : trois tubes d'éther employés.

Suites. — Premier jour : Vomissements alimentaires vers 2 heures de l'après-midi. Position de Fowler à partir de cette heure. Ne vomit plus jusqu'à 9 heures. Miction le soir. Pouls à 110 environ.

Dans la nuit, plusieurs vomissements porracés (cinq) et un peu de hoquet. Quelques gargouillements. Pas de gaz. Deux mictions. N'a pas dormi.

Deuxième jour. — Matin, assez bon facies. Le malade écrit à sa famille. Pouls à 110. Hoquet. Une miction.

Soir. Vers 1 heure, un vomissement; un à 6 heures, un à 9 heures. Le malade qui était à la diète, boit une orangeade. On lui fait 500 centimètres cubes de sérum. Deux mictions, la dernière peu abondante. Le malade est chaud, peu agité; le pouls est à 108, assez faible.

Troisième jour (23). — N'a pas dormi dans la nuit. Encore un vomissement à midi et du hoquet. A partir de midi, cessation du hoquet et des vomissements. Pouls à 100.

Quatrième jour (24). — Va beaucoup mieux. Paraît hors de danger. Bon pouls. Commencement de l'alimentation.

Evacué le sixième jour.

A donné, par la suite, de ses nouvelles, étant en convalescence à Clermont-Ferrand. Guérison complète.

OBSERVATION V

(Plaie de l'abdomen par balle.)

V... Jean, ...^e d'infanterie, 22^e compagnie.

Blessé à 6 heures du soir, le 9 janvier 1915, par un ricochet de balle, à Fontenoy, en creusant des tranchées de deuxième ligne.

Examen du blessé : membres inférieurs en chien de fusil.

Ventre très douloureux. Pouls à 84. Bronchite qui va un peu mieux. Contracture de l'abdomen.

Un orifice à trois travers de doigt au-dessus et en dedans de l'épine iliaque entéro-supérieure gauche. Plaie de 3 à 4 centimètres : quand le malade tousse, il se forme à ce niveau une forte hernie.

La balle est dans la fesse gauche à trois travers de doigt au-dessus du grand trochanter.

Intervention. — Opéré à 7 heures (une heure après la blessure). Laparotomie médiane, sous-ombilicale, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt. Pas de liquide dans le ventre. Malade en pleine digestion : chylières visibles.

Les lésions siègent sur l'intestin grêle, à 40 centimètres du duodénum; elles consistent en :

1° Une plaie comprenant la couche séreuse sur une largeur de 3 centimètres et au milieu de cette dernière, une plaie muqueuse de 1 cm. $\frac{1}{2}$ environ.

2° A 4 centimètres de cette plaie, une perforation complète de l'intestin, arrondie de 3 millimètres, due sans doute à un éclat d'obus.

3° A 15 centimètres plus bas, une plaie de 2 centimètres, intéressant seulement la couche séreuse.

Suture des deux premières plaies en deux plans et suture du plan péritonéal de la troisième. Inspection de l'intestin. Lavage des anses au sérum. On laisse 125 centimètres cubes d'éther. Fermeture totale (trois plans).

La plaie d'entrée est agrandie; les muscles sont complètement déchirés sur une longueur et sur une largeur de 6 centimètres. Elle est très souillée avec débris de vêtements et son exploration conduit sur l'os iliaque qui présente sur le milieu de la face interne un orifice arrondi qui mène dans la fesse. Suture en trois plans.

Anesthésie au chloroforme : le malade est endormi très peu à cause de sa bronchite. Linge, compresses stérilisées à l'eau salée bouillie un quart d'heure. Éclairage : une

lampe à pétrole tenue par un infirmier. Durée de l'opération : cinquante-cinq minutes.

Suites : Mise en position de Fowler, une heure et demie après l'intervention.

Le 10, *matin*. — Mauvais état général. N'a pas dormi. N'a pas uriné. Très dyspnéique. Pouls très faible, à peine perceptible au niveau de la radiale. Ventre douloureux. Pas de vomissements. A 10 heures, vomissements porracés. Malade agité. Piqûre de morphine.

Soir. — Le malade est un peu mieux. Il n'a plus vomi, à uriné, pouls à 132, gargouillements dans le ventre, il est très dyspnéique.

Le 11, *matin*. — Le malade va mieux, à uriné, pas de gaz, le ventre ne fait mal qu'au moment de la toux, pouls à 120, dyspnée, pommettes rouges, crachats purulents.

Soir. — A bu toute la journée, a uriné, pas de vomissements, pas de gaz, pouls à 120, ventre peu douloureux, gargouillements.

Le 12. — Mieux très sensible, va à la selle dans la nuit. Hématome.

Le blessé est évacué quelques jours plus tard en excellent état.

OBSERVATION VI

(Plaie de l'abdomen par balle.)

R..., Pierre, ...^e d'infanterie, 17^e compagnie.

A été blessé par une balle le 17 novembre 1914, vers 9 heures. Amené à 10 heures et demie. Orifice d'entrée dans la région latérale gauche de l'abdomen, partie moyenne. Pas d'orifice de sortie. La balle se trouve sous la peau à trois travers de doigt à droite de l'ombilic. Contracture de l'abdomen. Pouls à 92. Pas de vomissements ni de nausées. Le malade a mangé peu de temps avant d'être blessé.

Intervention. — Laparotomie sous-ombilicale débordant en haut de l'ombilic de trois travers de doigt. Trois perforations ; toutes les trois sur le côlon transverse : une sur la face inférieure, arrondie ; une autre où le péritoine seul est lésé ; la troisième, large, déchiquetée, sur la face supérieure du côlon transverse. Cette dernière plaie saigne passablement et du sang infiltre le mésocôlon transverse.

Plaie d'une veine du tablier épiploïque. Estomac très dilaté, rempli d'aliments. Intestin également très dilaté.

Anesthésie très difficile.

Suture facile des trois plaies. Lavage au sérum chaud, puis à l'éther, des anses imprégnées de matières fécales. Difficulté assez grande de réintégrer l'intestin et l'estomac à cause de la dilatation extrême de ces organes et de l'anesthésie qui est de plus en plus mauvaise.

Asphyxie difficile à conjurer immédiatement après l'opération.

Mort le soir, à 14 heures, par dyspnée très vive avec expectoration abondante.

A signaler que, dans les douze heures qui ont suivi l'opération, ce malade n'a présenté aucun accident péritonéal. Il a uriné abondamment à 6 heures du soir. A signaler également une particularité du pouls vers 8 heures du soir, on ne sent pas le pouls au moment de l'inspiration, on le sent très nettement au moment de l'expiration.

OBSERVATION VII

(Plaie de l'abdomen par halle).

J..., Pierre, ...^e d'infanterie, 21^e compagnie.

Blessé à Fontenoy, le 10 novembre 1914, à 8 heures du matin. L'orifice d'entrée est à droite de la colonne vertébrale ; l'orifice de sortie au-dessus de l'épine iliaque gauche et, par ce dernier, sort de l'épiploon. Contracture de l'ab-

domen. Pouls : 88, à 11 heures du matin, de même une heure et demie après.

On fait le diagnostic de plaie abdominale sans lésion du mésentère.

Intervention à 12 heures et demie. — Il existe une plaie sur le côlon descendant : face antérieure et surtout face externe qui est sectionnée presque jusqu'au ras du péritoine pariétal postérieur (on arrive sur cette plaie par une incision transversale branchée sur l'incision longitudinale).

Suture assez difficile à faire.

La face interne du côlon descendant est ecchymotique, mais on ne trouve aucun orifice à ce niveau. La balle a donc pénétré dans l'intestin par la face postérieure, c'est-à-dire extrapéritonéale. Pourtant, à cause de cet aspect de l'intestin et la possibilité de sphacèle, on met une mèche qui est placée au niveau de la plaie intestinale suturée; la mèche sort par l'extrémité externe de l'incision transversale. Le tout est suturé après avoir mis environ 100 centimètres cubes d'éther.

Suites. — Malade très indocile, s'étant relevé la nuit pour boire à une bouillotte placée à côté de lui pour le réchauffer.

Mort dans la seconde nuit qui a suivi l'intervention, c'est-à-dire environ trente-six heures après.

A présenter ceci de particulier :

- 1° Un gaz ;
- 2° Alternative de froid et de réchauffement des mains et du nez ;
- 3° Pouls, dès l'opération, au-dessous de 100 ;
- 4° Vomissements et hoquets (lavage de l'estomac) ;
- 5° Pas de sommeil, mais le malade a le sourire et a conservé toute sa présence d'esprit ;
- 6° Etouffement.

On fait du sérum intrarectal, du sérum sous la peau, impossibilité de faire prendre la position de Fowler en raison de l'indocilité du blessé.

Il y a lieu d'incriminer les mèches chloroformées, car la péritonite, abandonnée à elle-même, n'aurait peut-être pas évolué aussi vite.

OBSERVATION VIII

(Plaie de l'abdomen par balle).

P..., Joseph, ...^e d'infanterie, 24^e compagnie.

Blessé au ventre par une balle, le 23 octobre 1914, à 8 heures du matin, à Fontenoy, en montant aux tranchées (distance de l'ennemi : 2 kilomètres environ). Amené à l'ambulance vers 9 heures. Orifice d'entrée très petit, exactement à trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche; rien ne sort pas cet orifice. Pas d'orifice de sortie.

Signes. — Pouls, 80 à 90, mains et nez froids, ventre très douloureux; le malade ne peut étendre les jambes, contracture de tout l'abdomen, pas de vomissements.

Intervention. — Anesthésie au chloroforme commencée à 10 heures du matin et terminée à 11 heures et quart. Laparotomie sous-ombilicale remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'intestin, dans toute la partie droite du ventre, est contracturé sans aucune lésion; de même la partie moyenne, mais, du côté gauche, liquide séro-sanguinolent avec quelques petits caillots. Anses intestinales dilatées. Les lésions sont les suivantes :

Quatre perforations intestinales groupées deux par deux : une sur chaque face latérale de l'intestin. Le groupe supérieur est à 40 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal; le groupe inférieur, 15 à 20 centimètres plus bas. Ces blessures sont petites (1 à 2 centimètres). Dans toutes, la muqueuse fait hernie et doit être excisée; une ressemble à un petit anus artificiel.

Une de ces plaies siège ni sur l'intestin ni sur le mésentère; c'est d'elle que vient le sang.

Suture de toutes ces plaies en deux plans. Après chaque

suture, lavage de la plaie et des parties avoisinantes à l'éther.

L'intestin grêle est alors examiné du duodénum à l'angle iléo-cæcal : rien de particulier ; on voit sur le mésentère deux petites taches hémorragiques sans plaie.

La balle est recherchée à la main dans le Douglas et la partie gauche du ventre. La partie droite, paraissant absolument intacte au moment de l'ouverture du ventre, n'est pas explorée. Rien n'est trouvé. Avec un écarteur trivalve et la position de Trendelenbourg, on essaie d'explorer le côlon descendant, mais le malade dormant assez mal, les compresses se faisant rares, on n'insiste pas. Une exploration est faite à la main dans la direction de l'orifice d'entrée : on ne sent rien.

On laisse, après lavage au sérum, 125 centimètres cubes d'éther. Fermeture complète.

Suites. — Le malade a un assez bon pouls immédiatement après l'intervention, mais il faiblit beaucoup. Vers 2 heures de l'après-midi, il est presque imperceptible au niveau de la radiale ; il n'est pourtant pas très rapide (90), bien frappé au niveau de la fémorale et de la carotide. Le malade a-t-il saigné beaucoup ? Non. Est-ce dû à l'éther ? Presque certainement.

Le malade est mis en position de Fowler.

Trois heures du soir. — Aucun vomissement ni nausées, gaz le soir même et miction.

Quinze jours après la blessure le malade se lève. Petit hématome.

Guérison complète.

OBSERVATION IX

X..., ...^e d'infanterie, date ?

Est amené deux heures environ après la blessure à l'ambulance. Pouls, 75. Bon facies. Contracture très vive de l'abdomen. Plaie affirmée de l'intestin.

Intervention à midi. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve du sang en assez grande abondance dans le ventre avec peu de matières fécales. Sept perforations intestinales : deux sont situées sur la même ligne et constituent presque une section transversale de l'intestin ; les autres perforations sont arrondies, une perforation ou plutôt une déchirure mésentérique d'une longueur de 4 centimètres et dont le bord inférieur saigne. Suture au catgut. Intestin dévidé. Fermeture.

Fautes. — Péritoine pas assez ouvert.

Pas exploration et recherche de la balle.

Compresses ont manqué.

Pas lavé anses intestinales à l'éther.

Mauvaise anesthésie : trois ampoules de chloroforme.

Suites. — Bonnes. Pouls à 75, le soir, vers 8 heures, mais agitation. Nez et mains froids. Le malade a vomi, mais seulement des aliments ingérés le matin quelques heures avant son opération.

Le soir, vers 9 heures, le malade est bien ; mais le pouls est un peu petit et rapide, toutefois au-dessous de 90.

Le lendemain matin, pas de pouls, malade anxieux, un seul vomissement poracé vers 10 heures du matin.

Mort vers 4 heures sans autres signes de péritonite.

On avait essayé de mettre ce malade dans la position de Fowler, mais on n'a pas pu l'y maintenir, car il prenait des syncopes.

CONCLUSIONS

I. — Le médecin de bataillon, dont le poste de secours se trouve ordinairement à 1 kilomètre environ des premières lignes, peut apporter quelques documents modestes à l'étude des plaies de l'abdomen.

II. — Les signes de ces plaies, observés quelques minutes après la blessure, sont les suivants : contraction des muscles de l'abdomen ; accélération du pouls ; nausées et vomissements alimentaires ; pâleur du facies. On peut observer quelquefois des éventrations avec hernie de l'intestin ou de l'épiploon. De tous ces signes, le plus important et le plus précoce est la contraction musculaire.

III. — Les blessés de l'abdomen, pourvu qu'ils soient à l'abri des bombardements et qu'on puisse leur donner les soins que nécessite leur état, ne demandent pas à être évacués rapidement loin du champ de bataille. L'état moral, chez certains, atteint les plus hauts sommets de l'héroïsme.

IV. — C'est sur la contracture musculaire principalement qu'est basé le diagnostic. Celui-ci se présente ordinairement sous les trois formes suivantes :

a) La plaie de la paroi abdominale intéresse-t-elle ou non la cavité péritonéale et les organes qu'elle contient ?

b) Quels sont les organes lésés : intestin grêle, gros intestin, estomac, foie, rate, vessie ?

c) Une plaie de l'abdomen complique-t-elle une plaie de poitrine, une fracture de la colonne vertébrale, une plaie de la région fessière ?

V. — Le pronostic peut déjà être fait au poste de secours. Naturellement il est toujours très grave. Mais il existe dès le début des signes favorables ou défavorables qui permettent de prévoir le succès ou l'insuccès des laparotomies.

Les signes favorables sont :

Les plaies très latérales où le gros intestin seul est touché ;

Les fistules stercorales ;

L'accélération rapide du pouls.

L'intensité des douleurs abdominales ;

Les épreintes rectales.

VI. — Les tués par plaie abdominale, restés sur le champ de bataille, constituent une exception.

VII. — Le traitement est simple au poste de secours. On panse le blessé, on évite de lui donner à boire ; on fait quelques injections stimulantes ou cal-

mantes, et on l'évacue le plus rapidement possible. Mais, malgré les progrès déjà réalisés; la mortalité des plaies de l'abdomen reste toujours considérable. Les blessés ne sont pas opérés assez tôt; il faudrait des postes avancés installés dans les lignes mêmes, comme le montre l'histoire de l'ambulance 1/7 qui fonctionna pendant plus de trois mois à 1 kilomètre de l'ennemi.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

TIXIER.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 juillet 1918.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Symptômes	15
Diagnostic	25
Pronostic	31
Traitement	33
Conclusions	49

